



O PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PATOLÓGICO DE GESTANTES E PUÉRPERAS ADMITIDAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DO OESTE CATARINENSE

Francieli Cecconello¹
Lucimare Ferraz²

RESUMO: **Introdução:** Toda gestação traz em si algum risco para a mãe ou para o feto. A chance de uma mulher, durante o ciclo grávido-puerperal, ser admitida em uma unidade de terapia intensiva é bem maior que a de uma mulher jovem, não grávida. Estima-se que 0,1% a 1,9% das gestantes desenvolvem complicações, requerendo o internamento na unidade de terapia intensiva, sendo as principais indicações hipertensão, hemorragia, insuficiência respiratória e sepsis. **Objetivo:** conhecer o perfil sócio-demográfico de gestantes e puérperas na UTI geral de um hospital regional da cidade de Chapecó. **Metodologia:** pesquisa empregada foi de natureza quantitativa – documental através da análise de prontuários de pacientes internadas na UTI no período de maio de 2006 a maio de 2007, onde foram observadas as variáveis: sócio-demográficas, gestacionais, puerperais e de hospitalização. **Resultados:** Dentre os achados, constatou-se que 10 mulheres no ciclo grávido-puerperal foram admitidas na UTI, sendo que 44% eram adolescentes. Constatamos que entre as causas de internações, a eclampsia o que representou 66% das admissões. Averiguamos que a média de hospitalização dessas mulheres foi de 1,6 dias e, foi constatado apenas um óbito, sendo que as demais obtiveram alta. **Conclusão:** Através dos resultados obtidos com este estudo verificamos que o número de internações de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal na unidade de tratamento intensiva é fato constante, uma vez que num período de um ano foram constatadas 10 admissões no Hospital Regional do Oeste. Portanto, ressaltamos que a equipe multidisciplinar e, principalmente, de enfermagem, atuante na unidade de terapia intensiva, deve estar buscando continuamente o aperfeiçoamento técnico-científico, desenvolvendo um cuidado humanizado frente as mais diversas situações que envolvem o binômio mãe/filho.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva; Gestante; Puérpera.

ABSTRACT: **Introduction:** there's always some risk at pregnancy either for the mother or the baby. The chance of a pregnant woman be admitted at the intensive care unit during the pregnant-puerperal cycle is higher than for the young woman who isn't pregnant. It is estimated that 0,1% to 1,9% of pregnant women develop complications, in this manner it is required the hospitalization at the intensive care unit. **objective:** to know the social demographic profile of the pregnant patients and puerperal ones hospitalized at the intensive care unit of a hospital in chapecó. **Methodology:** the research done was quantitative and documental through the analysis of the promptuary of hospitalized patients at the intensive care unit from may 2006 to may 2007. **Results:** among the found ones, it was verified that 10 women at the pregnant puerperal cycle were admitted at the intensive care unit. 44% of these patients were low social cultural level adolescents. We observed that among the causes of the hospitalizations, the eclampsia represented 66% of the admissions. We also verified that the average of the hospitalization of these women was 1,6 days this period there was only one death. **Conclusion:** through the results we verified that the number of hospitalization of women during the pregnant puerperal cycle at the intensive care unit is a constant fact, once that during the period of a year were verified 10 admissions at the "hospital regional do oeste". Observing the data above, we emphasize that the multidisciplinary staff and mainly the nursing, who work at the intensive care unit, should be always searching for the technical scientific updating, developing a humanized care faced to the several specialities found in this hospitalization unit specially in this delicate situation that involve the binomial mother and child.

Key words: Intensive care unit; Eclampsia; Pregnant; Puerperal.

INTRODUÇÃO

Embora a gestação seja um evento biológico normal para a maioria das mulheres, esta também pode apresentar uma situação de alto risco, tanto para a gestante como para o feto, ocorrendo distúrbios que interferem com o desenvolvimento fetal normal, com o parto e o pós-parto (BRANDEN, 2000).

Toda gestação traz em si algum risco para a mãe ou para o feto e a chance de uma mulher, durante o ciclo grávido-puerperal, ser admitida em uma unidade de terapia intensiva é bem maior que a de uma mulher jovem, não grávida. Estima-se que 0,1% a 1,9% das gestantes desenvolvem complicações, requerendo o internamento na unidade de terapia intensiva (HAZEGROVE, 2006).

As síndromes hipertensivas são as complicações mais freqüentes na gestação e constituem em nosso país, a primeira causa de morte materna quando se instalam em suas formas graves, como a eclampsia e a síndrome de HELLP (H: hemólise; EL: aumento de enzimas hepáticas; LP: plaquetopenia). A Hipertensão na gravidez é considerada quando as medidas de pressão arterial são iguais ou superiores a 140/90mmhg, proteinúria de 0,3g ou mais de proteinúria em 24h (CUNHA; DUARTE, 1998).

Segundo Nogueira (*et al*, 2001), existem várias indicações para internação de pacientes grávidas em UTI, podendo estas ser divididas em causas obstétricas e causas não obstétricas. As principais causas associadas à gestação são: a doença hipertensiva específica gestacional (DHEG), a embolia por líquido amniótico, a hemorragia de causa obstétrica, a sepsis de causa não obstétrica.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõe de assistência e de enfermagem ininterrupta, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados, e que tem acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutica (BRASIL, 2006).

Estas unidades hospitalares têm por objetivo acolher e tratar de pacientes graves e recuperáveis que apresentam comprometimento de função vital e por isso exigem uma assistência altamente qualificada, que possa prever e agir com rapidez e eficácia em caso de emergência, além de oferecer total apoio ao paciente e prestar esclarecimentos aos familiares.

Os profissionais da equipe de saúde da UTI desempenham importante papel perante a hospitalização de gestantes e puérperas nesta unidade de tratamento. Pois estes, são coadjuvantes desse processo e devem colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos, podendo minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, ajudar a parir e a nascer (BRASIL, 2001).

Entendemos que dentro do contexto das instituições de saúde as UTI's, enquanto espaço destinado ao tratamento de pacientes em estado crítico, mas com possibilidades de recuperação, requerem vigilância contínua pelas possíveis alterações dos parâmetros clínicos e necessidades de decisões imediatas. As internações de gestantes e puérperas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), não são raras, portanto, acreditamos ser fundamental estudarmos como os processos de atenção à saúde materna se desenvolvem nos espaços de terapia intensiva, para que a partir dos resultados possamos propor medidas de aprimoramento.

Sabe-se que a enfermagem nos últimos anos desenvolve-se profissionalmente e constantemente, para buscar o aperfeiçoamento técnico-científico. Em relação ao papel da enfermagem na UTI, Hudak e Gallo (1997), destacam que a sua função é mais tecnológico, mais

orientado fisiologicamente, mais intenso e com mais exigências. Outrossim, quando se tratar de uma UTI geral, é preciso que tanto equipes médicas quanto de enfermagem estejam preparadas para atender as necessidades nas mais diversas especialidades encontradas na UTI.

Com o intuito de proporcionar informações que subsidiem estratégias e ações na assistência à saúde materna desenvolvemos este estudo com o objetivo de conhecer o perfil sócio-demográfico e as causas de internação de gestantes e puérperas na UTI geral de um Hospital do Oeste Catarinense. Ressalta-se que, por ser uma clientela com características especiais, também deve ser especial a equipe que nela atua, pois a cliente necessita ser cuidada e compreendida como ser bio-psico-sócio-espiritual.

METODOLOGIA

Este estudo é uma pesquisa de natureza quantitativa e de caráter documental. Foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Regional da cidade de Chapecó, localizado na região oeste do estado de Santa Catarina.

Os dados foram coletados primeiramente no livro de registros de passagem de todas gestantes e puérperas pela UTI geral, no período de maio de 2006 a maio de 2007 e, posteriormente, foi realizada a busca dos prontuários clínicos aonde coletamos as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, procedência, tempo e número de gestações, causa e tempo de internação. As variáveis estudadas passaram por um tratamento estatístico de frequência absoluta e relativa. As mesmas estão apresentadas sob forma de quadros.

No período pesquisado, houve dez casos de hospitalização de gestantes e puérperas na UTI em estudo, porém não foi possível consultar um dos prontuários, portanto, foram analisados nove prontuários.

Com relação aos aspectos éticos, primeiramente encaminhamos uma carta de solicitação de autorização à administração para o desenvolvimento estudo nesta instituição e para ter acesso na Unidade de Terapia Intensiva, bem como, aos prontuários clínicos das pacientes. Em relação ao prontuário analisado foi mantido seu anonimato por questões éticas.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

As unidades de terapia intensiva, setores que se destinam ao atendimento de saúde a pacientes em estado crítico, têm cada vez mais caminhado rumo à especialização deste atendimento. No Hospital Regional do Oeste, no período pesquisado, foram admitidas 1663 mulheres no ciclo gravídico-puerperal no hospital em estudo, o que representa uma média de 138,58 internações por mês. Porém, apenas 10 mulheres no estado gravídico-puerperal foram hospitalizadas na UTI, o que correspondeu 0,6% das internações.

O quadro a seguir apresenta o perfil sócio-demográfico das gestantes e puérperas participantes da pesquisa.

Quadro 1 – Apresentação do perfil sócio-demográfico das gestantes e puérperas hospitalizadas, no período de Maio de 2006 à maio de 2007, na UTI do Hospital Regional do Oeste de Santa Catarina.

Número	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	PROCEDÊNCIA
1	32	1º grau incompleto	Solteira	S.João do Oeste
2	31	1º grau incompleto	Casada	Chapecó
3	16	1º grau incompleto	Amasiada	Palma Sola
4	33	1º grau incompleto	Casada	Romelândia
5	16	1º grau incompleto	Amasiada	Chapecó
6	18	1º grau incompleto	Amasiada	Chapecó
7	21	1º grau incompleto	Solteira	Chapecó
8	18	2º grau incompleto	Casada	Faxinal dos Guedes
9	32	1º grau incompleto	Casada	Seara

Fonte: As autoras.

Verificou-se entre essas mulheres que 44% eram adolescentes, pois estavam na faixa etária dos 16 aos 18 anos. Segundo Magalhães (et al, 2007), as adolescentes, pelas próprias características associadas à faixa etária, ainda não são capazes de avaliar, e principalmente assumir, o ônus da vida sexual ativa. O autor relata ainda que cerca de 15-20% de todos os nascimentos ocorram em mulheres adolescentes e que a gestação na adolescência persiste como importante problema de saúde pública nestes países, pois a gravidez na adolescência tem sido associada a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, tais como: baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte materna e perinatal, pré-eclâmpsia e parto cirúrgico.

Também constatamos a baixa escolaridade, pois entre as participantes do estudo, somente uma tinha o ensino médio incompleto. Segundo Tedesco (1999), o nível sócio-econômico-cultural representa a soma de vários fatores que incluem desde a renda familiar, padrões familiares de higiene e saúde, tipo de moradia, nível educacional e para a gestação alguns incluem o número de consultas de pré-natal como consequência.

Quanto à situação conjugal, sete mulheres tinham um companheiro e duas se apresentavam como solteiras. Segundo Tedesco (1999), as complicações obstétricas estão associadas à situação conjugal instáveis e as solteiras. Isso está relacionado ao nível sócio-econômico desfavorável, condição nutricional e de higiene deficientes e a promiscuidade que contribuem para a evolução desfavorável do ciclo – gravídico puerperal. Ressalta ainda que dentre as mulheres com elevado padrão sócio-econômico-cultural estes agravantes podem não existir, mas, a ausência de um companheiro e do seu significado como suporte afetivo altera o componente emocional transformando-se em importante risco.

Outro fator de risco considerado por Oliveira (2002), o nível sócio-econômico. Para esta autora, as questões econômicas têm uma forte influência no estado gravídico. Quanto mais baixa, maiores são as deficiências nutricionais, de habitação e piores são os hábitos de higiene elevando a incidência de fatores que contribuem para desenvolvimento de complicações.

Ao observarmos a variável procedência, verificamos que na maioria dessas mulheres, foram encaminhadas de outros centros de saúde, de municípios vizinhos. Isso se justifica pelo fato da instituição de saúde em que foi desenvolvido o estudo ser um hospital regional de referência ao tratamento de gestante de alto risco e neonatologia.

Quanto às variáveis gestacionais, foram avaliadas a idade gestacional, o número de gestação, a causa da admissão dessas mulheres no ciclo gravídico – puerperal bem como sua condição de alta, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 2 – Apresentação do perfil obstétrico e causa de internação das mulheres hospitalizadas, no período de Maio de 2006 à maio de 2007, na UTI do Hospital Regional do Oeste de Santa Catarina.

Número	TEMPO DE GESTAÇÃO	Nº DE GESTAÇÕES	CAUSA DE INTERNAMENTO
1	40 semanas	I	Eclampsia grave
2	39 semanas	I	BCP
3	30 semanas	I	Pré-eclampsia
4	26,6 semanas	IV	Cardiopatía mitral grave
5	35 semanas	I	Eclampsia
6	35 semanas	I	Eclampsia
7	38 semanas	I	Pré-eclampsia
8	–	I	Eclampsia/sepsis
9	24 semanas	I	Abortamento/sepsis

Fonte: As autoras.

Observou-se que a idade gestacional das mulheres variou de 24 a 40 semanas de gestação, porém 55% dessas gestantes desenvolveram complicações como pré-eclampsia e eclampsia precocemente, entre 24 a 35 semanas, sendo que a maioria eram primigestas e somente uma múltipara e um caso de abortamento.

Dentre as causas de internamento na UTI de mulheres no ciclo gravídico puerperal encontramos uma gestante com bronco-pneumonia e uma com cardiopatía, as demais, 66% dos casos, foram decorrentes de Pré-eclampsia e Eclampsia. Esta patologia define-se pelo desenvolvimento de hipertensão com proteinúria e ou edema de mãos ou face. Ocorre após a 20ª semanas de gravidez. A pré-eclampsia é predominantemente uma patologia da primigesta. Eclampsia é o aparecimento de convulsões em uma paciente com pré-eclampsia (OLIVEIRA, 2002).

Rezende e Montenegro (2003) relatam que a incidência de síndromes hipertensivas em gestantes variam em torno de 10%, caracterizando gestação de alto risco que se desenvolve em primigestas, geralmente em torno da 20ª semana de gestação e mais freqüentemente próxima ao termo. Segundo Cunha e Duarte (1998) as síndromes hipertensivas são as complicações mais freqüentes na gestação e constituem a primeira causa de morte materna, quando se instalam nas suas formas graves e, a hipertensão crônica que coincide com a gestação e eventualmente a pré-eclampsia pode instalar-se em uma gestante crônica.

É importante salientar, que nas síndromes hipertensivas o fluxo útero-placentário está diminuído, o que leva a uma insuficiência placentária. Quando acomete gestantes precocemente, a nutrição fetal está comprometida e condiciona o recém-nascido pequeno para a idade gestacional e na ocorrência de hipóxia, sofrimento fetal e óbito intra-uterino. Este é um agravo importante, pois além da gestante estar em situação de risco, aumentará o risco do recém nascido em decorrência de sua prematuridade (FERRÃO *et al*, 2006).

Entre as mulheres participantes do estudo, encontramos um caso Cardiopatía mitral grave, que segundo Almeida, Born e Feitosa citado por Cunha e Duarte (1998), as mesmas compreendem a quarta causa de mortalidade materna ocupando primeiro lugar como causadoras de morte materna entre mulheres não grávidas. Dá-se relevante importância ao estudo do binômio cardiopatía e gravidez, visto que há uma elevada taxa de mortalidade fetal.

Rezende e Montenegro (2003), relatam que as cardiopatías ocorrem em 0,5 a 4,0% das mulheres grávidas sendo que a maior incidência das complicações cardíacas é originária de lesões congênitas. Ressalta em seus estudos que a gravidez, naturalmente, já impõe elevada sobrecarga ao

trabalho do coração e que a insuficiência cardíaca é o risco mais importante a que está exposta a gestante cardiopata, representando 70% das complicações, sendo a época de maior incidência do 5º ao 8º mês de gestação.

Com relação ao tipo de parto, observou-se que dos casos investigados o tipo de parto realizado foi por intervenção cirúrgica (cesariana). Esta é uma operação pelo qual o feto é liberado através de uma incisão nas paredes abdominal e uterina, justificada em parte pela gravidade das complicações, impondo o término das gestações precocemente.

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando uma das mais elevadas taxas de cesarianas do mundo. Muitos fatores apresentam-se relacionados a este fato e envolvem além do aprimoramento da técnica cirúrgica e anestésica, a maior oferta de recursos propedêuticos indicando riscos para o feto, o aumento da incidência de gestações de mulheres com cesarias prévias e fatores sócio-culturais, situação de emergência por risco materno e fetal (NOMURA, 2004).

Na instituição em que foi desenvolvido o estudo, no período de um ano, constatou-se uma média de 172,6 partos/mês, sendo que destes 52% foram cesarianas. Acreditamos que a elevada média de cesarianas deve-se ao fato de que o hospital em estudo ser referência ao atendimento a gestante de alto risco e também, por prestar assistência não só pelo Sistema Único de Saúde, mas convênios e clientes particulares, que nestes casos, observamos, muitas vezes, que a mulher opta pelo parto cesário.

Conforme Ziegel e Cranley (1985), as cesarianas se tornaram progressivamente mais seguras e a incidência dessa operação tem aumentado relativamente desde então. Conforme as autoras, as cesarianas apresentam uma taxa de mortalidade materna e fetal maior que as dos partos normais, mas quando há complicações, a operação é mais segura para a mãe e o bebê que um parto vaginal difícil. As complicações médicas ou obstétricas que tornam a cirurgia essencial e podem ser um fator contribuinte importante no seu perigo aumentado para a mãe e o bebê. Relatam ainda em seus estudos que a indicação primária são a distocia, o sangramento, o pré-parto, o sofrimento fetal, a apresentação pélvica, alguns casos de toxemias e certas complicações médicas.

Importante ressaltarmos, que 66% das participantes do estudo tiveram o diagnóstico de Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia. Para Cunha e Duarte (1998), nas gestantes com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hipertensão arterial crônica complicada, crescimento intra-uterino retardado e naquelas com mau passado obstétrico, assegurada a maturidade fetal, realiza-se o parto terapêutico, ou seja, a cesariana. Ressalta ainda que, a decisão sobre a via de parto, porém quando a opção for a interrupção da gestação, depende das condições obstétricas, da idade gestacional e da maturidade do colo uterino. Observa-se que uma vez detectada a gravidade da doença ou o sofrimento fetal a cesariana torna-se obrigatória.

Com relação ao tempo de hospitalização dessas mulheres na UTI, constatamos que no total foram 15 dias, com uma média individual de 1,6 dias e, o maior período de hospitalização foi de 06 dias de uma puérpera que desenvolveu eclâmpsia.

Neste sentido, vale ressaltar que é extremamente importante no puerpério imediato (24h) o contato mãe e filho para que se mantenha o vínculo afetivo do binômio mãe/filho. Outrossim, é neste período que se promove o aleitamento materno, onde pela gravidade do quadro clínico materno e muitas vezes a prematuridade, impedem esse momento precioso ao ser admitida na unidade de terapia intensiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos resultados obtidos com este estudo verificamos que o número de internações de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal na unidade de tratamento intensiva é fato constante, uma vez que num período de um ano foram constatadas **10 admissões na UTI** do Hospital Regional do Oeste. Sendo que a **eclampsia** foi a principal causa de internações de mulheres em estado gravídico-puerperal na unidade de terapia intensiva.

As variáveis demográficas nos mostraram que dentre as mulheres admitidas na unidade de terapia intensiva, a maioria eram adolescentes, solteiras e com baixo nível sócio-cultural e todas foram submetidas ao parto cesário.

Foi constatado também que, o tempo de hospitalização e permanência dessas mulheres na unidade de terapia intensiva foi de 15 dias, ou seja, uma média de **1,6 dias** cada paciente, sendo que o maior período de hospitalização foi de 06 dias.

Visto a complexidade do quadro clínico da patologia, ressaltamos que a equipe multidisciplinar e principalmente de enfermagem, atuante na unidade de terapia intensiva, deve estar buscando continuamente o aperfeiçoamento técnico-científico, desenvolvendo um cuidado humanizado frente as mais diversas especialidades encontradas nesta unidade de internação especialmente na situação delicada que envolve o binômio mãe/filho.

Os profissionais da saúde são coadjuvantes dessa experiência e tem a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Menna, S.E. **Rotinas em terapia intensiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à Mulher**. Brasília, 2001.

_____. **Ministério da saúde**, 2006.

CINTRA, E.A, *et al.* **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

CUNHA, Sérgio P.; DUARTE, Geraldo. **Gestação de alto risco**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998.

FERRÃO, Mauro Henrique de Lima *et al.*. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 52, n. 6, nov./dez. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>.

HAZELGROVE, IF. (*apud*) AMORIM, MMR. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. Recife, v. 6, p. S55-S62, maio, 2006.

HUDAK, C. M e GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

NASCIMENTO, ES; MEDINA, AVA; TEIXEIRA, CDL. O corpo da mulher no período colonial: algumas reflexões. **Bibliomed**. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br>>. Acesso em: 2001.

NOGUEIRA, A.A.; REIS, F.J.C. ; REIS, P.A.S. A paciente gestante na unidade de terapia intensiva. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 34, p. 123-132, abr./jun. 2001 Disponível em: <www.fmrp.usp.br/revista2001/vol34n2/pacientes_gestantes.pdf>. Acesso em: 2001.

NOMURA, R.M.Y; ALVES, E.A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, fev 2004, v. 38, n.1, p.9-15. Disponível em: <www.scielo.com.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>. Acessado em: 09 dez. 2009.

OLIVEIRA, Maria Emília de. (Org.) **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. Textos Fundamentais. 2.ed. Florianópolis: Cidade futura, 2002.

REZENDE, J. E.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

TEDESCO, J. J. A. **A grávida**: as indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 1999.

ZIEGEL EE, CRANLEY MS. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1985.

¹ Enfermeira, especialista em U.T.I. pela UnC. franceliceconello@hotmail.com

² Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva do Docente do Curso de Enfermagem da UNOCHAPECÓ. lferraz@unochapeco.edu.br